

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 412, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016

Dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em vista do que dispõe o artigo 3º, os incisos II e XXXVI do artigo 4º, e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e a alínea “a” do inciso II do artigo 86, da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 19 de outubro de 2016, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A presente Resolução Normativa - RN regulamenta a solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão.

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

I – beneficiário: pessoa física vinculada à operadora por meio de contrato de plano de saúde individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

II – cancelamento do contrato: rescisão de contrato individual ou familiar a pedido do beneficiário titular;

III – exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão: exclusão do beneficiário titular ou dependente, a pedido do titular, de contrato coletivo empresarial ou por adesão que continua vigente.

Art. 3º A regulamentação de que trata o artigo 1º desta Resolução se aplica apenas aos contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Da Solicitação de Cancelamento do Contrato do Plano de Saúde Individual ou Familiar

Subseção I

Das Formas de Solicitação de Cancelamento do Contrato do Plano de Saúde Individual ou Familiar

Art. 4º O cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar poderá ser solicitado pelo titular, das seguintes formas:

I – presencialmente, na sede da operadora, em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados;

II – por meio de atendimento telefônico disponibilizado pela operadora; ou

III – por meio da página da operadora na internet.

§ 1º As operadoras deverão disponibilizar os meios previstos neste artigo para a escolha dos beneficiários.

§ 2º As formas de solicitação previstas nos incisos I e II deste artigo deverão ser disponibilizadas pelas operadoras nos termos e tal como determinado pelos artigos 6º e 7º da RN nº 395, de 14 de janeiro de 2016, que dispõe sobre as regras a serem observadas pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde nas solicitações de procedimentos e/ou serviços de cobertura assistencial apresentados pelos beneficiários, em qualquer modalidade de contratação.

§ 3º Para as solicitações a serem realizadas na forma prevista no inciso III deste artigo, a operadora deverá disponibilizar acesso ao Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar – PIN-SS em seu portal corporativo, nos termos previstos na RN nº 389, de 26 de novembro de 2015, que dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar, estabelece a obrigatoriedade da disponibilização do conteúdo mínimo obrigatório de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, revoga a Resolução Normativa nº 360 de 3 de dezembro de 2014, e o parágrafo único do art. 5º, da RN nº 190 de 30 de abril de 2009, e dá outras providências.

Art. 5º No ato da solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar, a operadora prestará ao solicitante todas as informações previstas no artigo 15 desta RN.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar

Art. 6º A operadora deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento de sua solicitação de cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar.

§ 1º As solicitações realizadas de forma presencial serão comprovadas pela entrega imediata do respectivo comprovante.

§ 2º As solicitações realizadas por meio de contato telefônico serão comprovadas pelo fornecimento imediato do protocolo de atendimento ao beneficiário.

§ 3º As solicitações realizadas por meio de acesso à página da operadora na internet serão comprovadas pela emissão de resposta automática e de protocolo ao beneficiário.

Seção II

Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Empresarial

Subseção I

Do Envio da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

Art. 7º O beneficiário titular poderá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de dependente de contrato de plano de saúde coletivo empresarial.

§1º A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

§2º Expirado o prazo disposto no §1º deste artigo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora.

§3º A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora.

Art. 8º Caberá à operadora prestar ao beneficiário as informações previstas no art. 15 desta RN,.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Recebimento da Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial

Art. 9º Caberá à operadora fornecer ao titular solicitante o comprovante de recebimento da solicitação de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial.

Art. 10. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação ao beneficiário não exime a operadora do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Seção III

Da Solicitação de Exclusão de Beneficiários de Contrato Coletivo Por Adesão

Subseção I

Dos Meios de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão

Art. 11. O beneficiário titular poderá solicitar a sua exclusão ou de beneficiário dependente de contrato coletivo por adesão:

I – à pessoa jurídica contratante do plano privado de assistência à saúde; ou

II – à administradora de benefícios, quando figurar no contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora; ou

III – à operadora de planos privados de assistência à saúde.

§ 1º As solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante e pela administradora de benefícios, mencionadas, respectivamente, nos incisos I e II deste artigo, serão encaminhadas à operadora, para adoção das providências cabíveis.

§ 2º As solicitações de exclusão formuladas perante a pessoa jurídica contratante, mencionada no inciso I deste artigo, tem efeito imediato a partir da data de sua ciência pela operadora.

§ 3º Nas solicitações recebidas pela administradora de benefício e pela operadora, mencionadas, respectivamente, nos incisos II e III deste artigo, o beneficiário poderá utilizar de qualquer uma das formas previstas no art. 4º desta RN, e a exclusão pleiteada terá efeito imediato.

§ 4º Em complemento às formas descritas no § 3º deste artigo, a administradora de benefícios deverá disponibilizar, em seu sítio na internet, a possibilidade de que o beneficiário efetue a solicitação de exclusão.

Art. 12. O beneficiário deverá ser informado do disposto no artigo 15 desta RN.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Recebimento de Solicitação de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Por Adesão

Art. 13. A administradora de benefícios ou a operadora destinatária do pedido de exclusão, deverá fornecer ao beneficiário comprovante do recebimento da solicitação de exclusão do contrato coletivo por adesão.

Parágrafo único. Nas solicitações de exclusão recebidas pela pessoa jurídica contratante, a operadora encaminhará o comprovante ao beneficiário com as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Art. 14. A entrega do comprovante de recebimento da solicitação não exime a operadora ou a administradora de benefícios do dever de prestar as informações dispostas no artigo 15 desta RN.

Seção IV

Das Disposições Comuns às Solicitações de Cancelamento de Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar e de Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão

Subseção I

Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Art. 16. As informações de que trata o **caput** do artigo 15 devem:

I – ser disponibilizadas pelo atendente da operadora ou administradora de benefícios no momento da solicitação realizada de modo presencial ou através dos canais destas entidades previstos na RN nº395/16; ou

II - constar do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a ser fornecido pela operadora ou administradora de benefícios, nos demais casos.

Art. 17. As informações de que trata o artigo 15 desta RN serão divulgadas pela ANS em seu sítio institucional na internet e deverão ser disponibilizadas pelas operadoras e administradoras de benefícios nos respectivos sítios na internet, em campo específico que permita a fácil visualização pelos beneficiários.

Subseção II

Da Entrega do Comprovante de Cancelamento do Contrato de Plano de Saúde Individual ou Familiar ou da Exclusão de Beneficiário de Contrato Coletivo Empresarial ou Por Adesão e das Informações a serem prestadas

Art. 18. A partir do fornecimento do comprovante de recebimento da solicitação de cancelamento ou exclusão, a operadora ou a administradora de benefícios deverá encaminhar, no prazo de 10 (dez) dias úteis, o comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou desligamento do beneficiário, por qualquer meio que assegure sua ciência.

Art. 19. O comprovante do efetivo cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão deverá informar as eventuais cobranças de serviços pela operadora ou administradora de benefícios.

CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. O pedido de cancelamento dos contratos individuais ou familiares não exime o beneficiário do pagamento de multa rescisória, quando prevista em contrato, se a solicitação ocorrer antes da vigência mínima de 12 (doze) meses, observada a data de assinatura da proposta de adesão.

Art. 21. A rescisão do contrato ou a exclusão do beneficiário independe do adimplemento contratual.

Art. 22. As solicitações de exclusão de beneficiários de planos privados de assistência à saúde disponibilizados pelas entidades de autogestão, que se enquadram no inciso I do artigo 2º da RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, que dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar, deverão seguir o disposto na Seção I do Capítulo II desta RN.

Art. 23. As operadoras de planos privados de assistência à saúde ou as administradoras de benefícios poderão efetuar a exclusão de beneficiário em plano de saúde coletivo, conforme solicitado pelo beneficiário, sem a anuência da pessoa jurídica contratante quando solicitada na forma disposta nos artigos 7º, § 2º e 11, incisos II e III.

Art. 24. As disposições que tratam o art. 4º desta RN não afastam a necessidade de observância, pelas operadoras, do disposto no Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008, que regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, fixando normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC.

Art. 25. A RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde, passa a vigorar acrescida do artigo 76-B, com a seguinte redação:

“Cancelamento ou Exclusão de beneficiário

Art. 76-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS relativas à solicitação de cancelamento de contrato individual ou familiar ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde coletivo.

Sanção – multa de R\$ 30.000,00”

Art. 26. A RN nº 389, de 2015, , passa a vigorar acrescida do art. 27-A, com a seguinte redação:

“Art. 27-A. A solicitação de cancelamento de contrato ou exclusão de beneficiário, por meio do sítio da operadora na internet, conforme definido pela RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, deverá ocorrer na área do PIN-SS.”

Art. 27. As operadoras deverão adaptar o PIN-SS ao disposto no artigo 27-A no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da entrada em vigor desta RN.

Art. 28. Esta Resolução entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data de sua publicação.

JOSÉ CARLOS DE SOUZA ABRAHÃO
Diretor-Presidente